

IDENTIFICATION

Prénom et nom de l'enfant _____

Date de naissance ____ / ____ / ____ Numéro d'assurance maladie _____ Expiration ____ / ____
A A A A M M J J A A A A M M

Âge lors du séjour _____ Votre enfant est-il entraîné à la propreté? oui non

Personnes à contacter en cas d'urgence en incluant les parents (SVP, avisez les autres personnes qu'elles peuvent être contactées)

| Prénom et nom | Lien avec l'enfant | Tél. résidence | Tél. bureau | Autre |
|---------------|--------------------|----------------|-------------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

INFORMATIONS D'ORDRE MÉDICAL

Prénom et nom du médecin traitant _____ Clinique ou hôpital _____ Téléphone _____

ALLERGIES oui non Précisez _____

SI OUI : Votre enfant possède-t-il un système d'injection d'adrénaline en cas d'urgence (EpiPen, Allerject ou autre)? oui non

IMPORTANT : Veuillez SVP en apporter un au CNSL au premier jour de présence.

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le CNSL à administrer, en cas d'urgence, une injection d'adrénaline à mon enfant.

Signature du parent/tuteur _____

Date _____

ASTHME oui non

SI OUI : Votre enfant a-t-il besoin d'une médication (ex. : inhalateur ou comprimés)? Précisez _____

DIABÈTE oui non

VACCIN TÉTANOS

Votre enfant a-t-il reçu les vaccins prévus vers l'âge de 5 ans et 14-16 ans, qui incluent celui du tétanos? oui non

N.B. Certains vaccins tels que Quadracel, Pentacel et Pédiacel incluent celui du tétanos.

AUTRE

Votre enfant a-t-il un autre problème d'ordre médical ou comportemental (ex. : TDAH, autisme, énurésie, trouble du sommeil, sujet à l'ennui, diète spéciale ou restrictions alimentaires)? oui non Précisez _____

SÉCURITÉ AQUATIQUE

Nage seul

Nage avec une veste de flottaison

AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

J'autorise le personnel du CNSL à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre.

Signature du parent/tuteur _____

Date _____

POUR LES ENFANTS QUI PRENNENT DES MÉDICAMENTS PRESCRITS Ne s'applique pas

J'autorise le personnel du CNSL à administrer à mon enfant un ou plusieurs médicaments prescrits. Précisez lesquels _____

Signature du parent/tuteur _____

Date _____